



Hofheinz • Heidenreich • Michalak

Werteorientierte Verhaltensaktivierung bei depressiven Störungen

Therapiemanual

 E-BOOK INSIDE •
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Leseprobe aus: Hofheinz/Heidenreich/Michalak, Werteorientierte Verhaltensaktivierung bei depressiven Störungen, ISBN 978-3-621-28432-5
© 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28432-5>

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

vielleicht fragen Sie sich, während Sie jetzt dieses Buch in der Hand halten, warum es im Jahre 2017 ein neues Manual zur werteorientierten Verhaltensaktivierung – respektive Behavioral Activation – braucht: Sind das nicht Inhalte und Elemente, die bereits sattsam in den Standard-VT-Lehrbüchern unter dem Titel »Aufbau angenehmer Aktivitäten« abgehandelt werden? Ist das altvertraute »Mastery and Pleasure« hier einfach neu verpackt? Wir können solche und ähnliche Argumente gut nachvollziehen (und haben vor einigen Jahren auch noch so gedacht), sind aber der Meinung, dass die aktuelle Version der »Behavioral Activation« (wie sie beispielsweise in dem von uns [T. H. & J. M.] herausgegebenen Buch zur dritten Welle der Verhaltenstherapie von Valeria Sipos und Ulrich Schweiger beschrieben wurde; Sipos & Schweiger, 2013) entscheidende neue Akzente gegenüber klassischen Formen des Verhaltensaufbaus setzt. Im Einklang mit zentralen Prinzipien der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (insbesondere der Anwendung im Bereich Depression von Robert Zettle, 2007) und existenziellen Überlegungen, die auch in der Verhaltenstherapie neuerdings diskutiert werden (Noyon & Heidenreich, 2012), stehen zwei wesentliche Anliegen im Mittelpunkt der Behavioral Activation: die Identifikation (und das entschiedene Verfolgen) persönlich relevanter Werte sowie der Umgang mit Barrieren, die Menschen daran hindern, diesen Werten einen zentraleren Platz im Leben zuzuweisen. Ein Leben, das – trotz aller Beeinträchtigungen und Schicksalsschläge – stärker auf persönliche Werte ausgerichtet ist, kann (muss aber nicht) mit einer Verminderung depressiver Symptombelastung einhergehen. In jedem Fall stellt das hier vorgestellte Therapierational Therapeutinnen und Patientinnen vor die Frage, was das vorrangige Ziel einer Therapie ist: eine Verbesserung der Stimmung und anderer Depressionssymptome oder eine stärkere Ausrichtung auf persönlich relevante Werte?

Im Vorfeld der Arbeit an diesem Buch haben wir drei uns die Frage gestellt, was uns an dem Prinzip der Verhaltensaktivierung aktuell besonders relevant erscheint – auch im Hinblick auf mehr als ein Jahrzehnt gemeinsamer intensiver Auseinandersetzung von J. M. und T. H. mit dem Achtsamkeitsprinzip. In der konkreten klinischen Arbeit insbesondere mit schwer und schwerst depressiven Patientinnen und Patienten haben wir (insbesondere T. H. während seiner langjährigen Tätigkeit in der psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt) die klinische Relevanz aktivierender Interventionen – gerade auch im Vergleich zu kognitiven und anderen Interventionen – wiederholt wahrgenommen. Im supervisorischen Alltag haben wir demgegenüber häufig die Erfahrung gemacht, dass angehende Therapeutinnen sich stark für Neuentwicklungen in der Verhaltenstherapie (VT) interessieren, während Verhaltensaktivierung als fast nebensächlich wahrgenommen wird. Werteorientierte Verhaltensaktivierung bildet an

dieser Stelle eine Art »Brücke« und integriert Aspekte aus diesen Neuentwicklungen der VT (z. B. Akzeptanz- und Commitmenttherapie) in das klassische und in seiner Wirksamkeit vielfach nachgewiesene Prinzip der Verhaltensaktivierung. Die Integration erfolgt dabei nach einem klaren, stringenten und leicht erlernbaren Vorgehen und ist dadurch – so hoffen wir – sowohl für Therapeutinnen mit langjähriger Erfahrung mit Aktivitätsaufbau als auch für angehende Therapeutinnen ansprechend.

Bisher gibt es zwar einige praxisorientierte Veröffentlichungen zum Ansatz der Behavioral Activation (Kanter et al., 2009; Martell et al., 2010), allerdings existiert bislang noch kein umfassendes Manual für die Behandlung depressiver Menschen im Einzel- oder Gruppensetting. Das vorliegende Manual zur wertorientierten Verhaltensaktivierung basiert auf den oben genannten zentralen Veröffentlichungen zum BA-Ansatz und entwickelt die dort enthaltenen Aspekte (insbesondere zum Umgang mit Schwierigkeiten bei der Verhaltensaktivierung) weiter. Es kann sehr unterschiedlich und den Bedürfnissen der Therapeutinnen entsprechend genutzt werden: als Leitfaden für ein manualisiertes Vorgehen, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, als individuell anpassbares Vorgehen für die Einzeltherapie oder auch als Ideensammlung für die Integration von Elementen der Behavioral Activation in andere Therapieansätze. Wir hoffen somit, dass unterschiedliche Therapeutinnen das jeweils für sie Passende in diesem Buch finden und es ihnen hilft, die oft schwierige Behandlung von Patientinnen mit Depressionen zu verbessern und wirksamer zu gestalten.

Abschließend wollen wir noch kurz zur Gender-Sprachregelung in diesem Buch Stellung nehmen: Wir haben uns entschieden, durchgängig die feminine Form zu verwenden. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass im Bereich der Depression Frauen nach wie vor häufiger betroffen sind als Männer und dass auch die meisten Behandlungen von Frauen (als Therapeutinnen) durchgeführt werden.

Unser Dank gilt den Patientinnen und Patienten, die wir im Rahmen der Entwicklung dieses Manuals behandelt haben und von deren Erfahrungen und Rückmeldungen wir viel lernen durften.

Hildesheim, Esslingen und Witten im September 2016

*Christine Hofheinz
Thomas Heidenreich
Johannes Michalak*

Einführung

Anfang der 1990er Jahre schien die Psychotherapiewelt was die Behandlung von Depressionen angeht, stabil und nur mit wenigen Überraschungen aufwarten zu können. Es gab die ab den 1970er Jahren entwickelten Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT, Beck et al., 1979), die für die Behandlung einer Depression drei Säulen vorsahen: den Aufbau angenehmer Aktivitäten, die Arbeit an dysfunktionalen kognitiven Mustern und den Aufbau sozialer Kompetenzen (Hautzinger et al., 1992). Als eine der wenigen Neuerungen wurde in Deutschland damals gerade die Interpersonelle Psychotherapie eingeführt (Schramm, 1996), die einen stärker auf zwischenmenschliche Aspekte bezogenen Schwerpunkt hatte und in der die Arbeit an Rollenwechseln, interpersonellen Auseinandersetzungen, sozialen Defiziten oder un-abgeschlossenen Trauerreaktionen im Vordergrund stand. Dies waren recht überschaubare Therapiewelten und die Dynamik im Bereich der Entwicklung von Störungswissen und Behandlungsansätzen anderer Störungsbilder, wie Angststörungen, Zwängen oder auch der Posttraumatischen Belastungsstörung, erschien zu dieser Zeit wesentlich stärker und auch interessanter.

Damals hatte kaum jemand damit gerechnet, dass sich die Behandlung der Depression in den darauffolgenden Jahrzehnten so innovativ und überraschend entwickeln würde. Zum einen ist hier natürlich das große Interesse zu nennen, das dem Prinzip Achtsamkeit und den darauf aufbauenden Behandlungsprogrammen, in erster Linie der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (eng. Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Segal et al., 2008, 2015), widerfahren ist (vgl. Michalak et al., 2012). Vor 25 Jahren erschien es noch völlig undenkbar, dass Achtsamkeitsmeditation ein zentraler Bestandteil von evidenzbasierten Behandlungsprogrammen im Bereich der Depression werden könnte oder dass das Prinzip der Akzeptanz, neben der klassischen Veränderungsorientierung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze, breite Würdigung und empirische Fundierung erfahren könnte.

Neues Interesse an Verhaltensaktivierung. Neben dieser Entwicklung in Richtung achtsamkeits- und akzeptanzbasierter Therapieansätze hatte zu diesem Zeitpunkt auch kaum jemand damit gerechnet, dass sich die Perspektive auf ein altbewährtes verhaltenstherapeutisches Prinzip – nämlich das der Verhaltensaktivierung – fundamental wandeln könnte (im Folgenden werden wir für Verhaltensaktivierung auch die international weit verbreitete Abkürzung »BA« für Behavioral Activation gebrauchen). Im Rahmen der oben beschriebenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Depressionstherapien führte der Baustein »Aufbau angenehmer Aktivitäten« ein eher bescheidenes Dasein. Ja – auch aus der damaligen Perspektive war der Aufbau von angenehmen Aktivitäten sinnvoll und gerade bei schwerer beeinträchtigten Patientinnen auch in der Anfangsphase der Therapie zentral, aber das eigentlich wichtige, nämlich die Arbeit an den dysfunktionalen kognitiven Mustern von Patientinnen,

besonders die Veränderung ihrer tiefgehenden kognitiven Schemata (konditionale und insbesondere unkonditionale Annahmen, dysfunktionale Überzeugungen), war doch das Zentrale und das, was den Patientinnen letztlich helfen würde, ihre depressive Störung zu überwinden. So dachten die meisten kognitiven Verhaltenstherapeutinnen damals.

Mit genau dieser Überlegung führten dann Jacobson et al. (1996) eine große Studie zu der Frage durch, welche Komponenten der Depressionsbehandlung denn besonders wichtig seien. Wir werden diese Studie ausführlicher im Kapitel 2 darstellen; das wichtigste Ergebnis sei aber an dieser Stelle schon einmal vorweggenommen: Im Gegensatz zu der Überzeugung der Autoren der Studie (und der Therapeutinnen, die an der Studie teilnahmen), dass besonders die kognitiven Komponenten der Depressionsbehandlung wichtig seien, zeigte sich in den empirischen Ergebnissen, dass eine Therapie, die ausschließlich aus Verhaltensaktivierung bestand, genauso wirksam war, wie eine Therapie, die zusätzlich an dysfunktionalen automatischen Gedanken oder an der Veränderung von kognitiven Schemata arbeitete. Dieses Ergebnis erzeugte großes Aufsehen und warf viele Fragen und auch Kritik auf. Mittlerweile wurde die Studie mit einer verbesserten Methodik repliziert und erbrachte vergleichbare Ergebnisse (Dimidjian et al., 2006). Zusammengenommen erschütterten diese Ergebnisse die von den meisten kognitiv-verhaltenstherapeutischen orientierten Forscherinnen und Therapeutinnen geteilte Grundannahme, dass die therapeutische Arbeit an Gedanken mit Hilfe von kognitiven Techniken zentral für die Behandlung von Depressionen ist. Vielmehr schien es möglich, direkt durch den Aufbau von Verhaltensweisen, die den problematischen depressiven Verhaltensmustern wie Vermeidung und Rückzug entgegengesetzt sind, Depressionen effektiv behandeln und damit elegante und »schlanke« Therapien entwickeln zu können, die sich auf einige wenige zentrale therapeutische Kernideen fokussieren. Die Vorteile eines solchen schlanken Vorgehens liegen auf der Hand: Auf wenige zentrale Prinzipien fokussierte Ansätze sind für Therapeutinnen gut und effektiv zu erlernen und auch für viele Patientinnen dürfte es von Vorteil sein, sich an einfachen und klaren Prinzipien zu orientieren, die ihnen bei der Überwindung ihrer depressiven Störung helfen können.

Das neue Interesse an Werten von Patientinnen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf den im vorliegenden Buch beschriebenen Therapieansatz war die im Rahmen der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie (s. Heidenreich & Michalak, 2013) entstandene Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT, Hayes et al., 1999, deutsch: 2004). Auch hier ist die Entwicklung aus der Perspektive der frühen 1990iger Jahre überraschend. Damals hatte (trotz der wichtigen Rolle der Ziel- und Wertklärung in der Selbstmanagement-Therapie von Kanfer et al., 1990) kaum jemand damit gerechnet, dass das Thema der Werte von Patientinnen in einem verhaltenstherapeutischen Ansatz eine derart wichtige Rolle spielen könnte. Aber genau diesem Aspekt der Werte hat der ACT eine zentrale Rolle zugewiesen. Gemäß ACT sollen Menschen im Rahmen der Therapie in die Lage versetzt werden, wieder nach Zielen zu streben, die mit für sie ganz persönlich bedeutsamen Werten in Zusammenhang stehen. Denn häufig haben Patientinnen, gerade depressive Patientinnen, den Kontakt mit dem, was in ihrem

Leben zentral und bedeutsam ist, verloren. Das Leben kreist mehr um die Kontrolle von Symptomen und wird durch eine Vermeidungsorientierung gesteuert (z. B. die Vermeidung von Misserfolg oder Zurückweisung) und der Blick und vor allem die Handlung in Richtung auf das, was erstrebenswert und wichtig im Leben ist, verkümmert weitgehend. Bei ACT werden Patientinnen ermutigt aversiven Erfahrungen (z. B. niedergeschlagene Stimmung, Müdigkeit) mit einer möglichst großen inneren Offenheit und Akzeptanz zu begegnen und sich durch sie nicht von der Verfolgung wichtiger Ziele abhalten zu lassen. Patientinnen sollen also nicht warten bis aversive Zustände überwunden oder abgeklungen sind, bevor sie wertbesetzte Ziele verfolgen (»Erst wenn ich nicht mehr depressiv bin/wenn ich meine Ängste überwunden habe, kann ich mich wieder um meine Kinder kümmern und mit diesen etwas unternehmen.«), sondern sie werden dazu ermutigt, diese aversiven Zustände gleichsam »dabei sein zu lassen«, wenn Ziele verfolgt werden (»Auch wenn ich niedergeschlagen bin, werde ich mit meinen Kindern etwas unternehmen, weil es mir wichtig ist, eine gute Mutter zu sein, und ich erlaube der Niedergeschlagenheit *dabei zu sein*.«).

Die Rolle von Vermeidungsverhalten bei Depressionen. Das hier vorgestellte BA-Programm nimmt dieses Prinzip der Werteorientierung auf und kombiniert es mit neuen Vorstellungen zur Verhaltensaktivierung. Dabei wird ein zentraler Grund für die geringe Aktivitätsrate depressiver Menschen in einer auf Vermeidung von kurzfristigen aversiven Konsequenzen ausgerichteten Handlungsregulation gesehen. Nach dieser Perspektive ziehen sich depressive Menschen beispielsweise aus sozialen Beziehungen zurück und suchen nur wenig bis keine selbstinitiierten Sozialkontakte, weil sie sozialer Zurückweisung aus dem Weg gehen möchten. Oder sie bleiben morgens im Bett und gehen nicht zur Arbeit, um möglichen Misserfolgen aus dem Weg zu gehen. Dadurch wird dieses Vermeidungsverhalten kurzfristig verstärkt. So mag es für einen Menschen in einer depressiven Phase erst einmal »sicherer« und weniger belastend sein, morgens im Bett liegen zu bleiben, als die Anstrengung des Zur-Arbeit-Gehens und das Risiko, dort einen Misserfolgserfahrung zu erleben, auf sich zu nehmen. Allerdings führt genau dieses auf Vermeidung von aversiven Konsequenzen ausgerichtete Rückzugsverhalten langfristig dazu, dass sich Probleme im beruflichen oder sozialen Bereich weiter verschärfen und keine aktive Problemlösung gefunden werden kann. Im Laufe der Zeit resultiert dies dann darin, dass langfristige Quellen von stabiler Verstärkung, die mit wichtigen Werten der Person in Verbindung stehen, immer weniger zugänglich sind. Im oben beschriebenen Beispiel dürften etwa das Im-Bett-liegen-Bleiben und die Absenz am Arbeitsplatz dazu führen, dass sich die Beziehungen am Arbeitsplatz weiter verschlechtern und keine aktiven Problemlösekompetenzen aufgebaut werden und die depressive Person einen ihr wichtigen Wert (z. B. durch ihre Arbeit einen produktiven Beitrag für das Unternehmen zu leisten) immer schlechter verwirklichen kann.

Blickt man zusammenfassend auf die Entwicklungen in der Depressionsbehandlung der letzten 25 Jahre zurück, so haben sich viele innovative und überraschende Entwicklungen ergeben, die heute das Repertoire an Behandlungsoptionen breit und vielfältig machen.

Im Folgenden möchten wir in Teil I dieses Buches wichtige Grundlagen für eine wertebasierte Verhaltensaktivierung vorstellen: relevante diagnostische Aspekte für die Behandlung von depressiven Störungen, den der Verhaltensaktivierung zugrundeliegenden theoretischen Rahmen, zentrale empirische Befunde zur Wirksamkeit von Verhaltensaktivierung sowie Fragen der Indikationsstellung. In Teil II erfolgt dann die ausführliche Darstellung der konkreten Durchführung der Behandlung inklusive der notwendigen Arbeitsmaterialien.

I Grundlagen

- 1 Depressive Störungen
- 2 Theoretischer Hintergrund der Verhaltensaktivierung und zentrale empirische Befunde
- 3 Indikationsbereiche

1 Depressive Störungen

Die unter dem Begriff »Depression« bzw. »depressive Störungen« zusammengefassten Störungsbilder sind äußerst heterogen: Sie reichen von leichten, sozusagen gerade noch krankheitswertigen einmaligen depressiven Episoden bis hin zu chronischen und chronisch-rezidivierenden Zustandsbildern, die das Leben der betroffenen Menschen nachhaltig beeinträchtigen (WHO, 2015). Sehr häufig sind entsprechende Störungsbilder durch ausschließlich depressive Phasen gekennzeichnet (»unipolare Verlaufsformen«), gelegentlich erleben die betroffenen Menschen aber auch ein stimmungsmaßiges Auf und Ab (»bipolare Verlaufsformen«), bei denen sich depressive Episoden und (hypo)manische Episoden abwechseln (Falkai & Wittchen, 2015). Für Behavioral Activation liegen derzeit überzeugende empirische Belege ausschließlich für unipolare Verlaufsformen vor, sodass wir uns im Folgenden schwerpunktmäßig darauf beziehen werden. Auf besondere Aspekte (z. B. BA in der Behandlung depressiver Episoden bei bipolaren Störungen, chronische bzw. persistierende depressive Episode, BA bei Jugendlichen) wird in Kapitel 3 (Indikationsbereiche) eingegangen.

In diesem Kapitel werden zunächst die wichtigsten Erscheinungsformen depressiver Störungen vorgestellt, die im Kontext der Verhaltensaktivierung von Bedeutung sind. Anschließend wird die klassifikatorische Diagnostik dargestellt und auf weitere diagnostische Aspekte (Selbstrating, Fremdrating) eingegangen. Das Kapitel schließt mit einem knappen Überblick zur Epidemiologie depressiver Störungen.

1.1 Erscheinungsbild und Verlauf

Aufgrund der bereits angedeuteten Heterogenität depressiver Phänomene und Krankheitsverläufe sollen hier exemplarisch zwei Fallbeispiele vorgestellt werden, die jeweils unterschiedliche Schweregrade und Verläufe darstellen. Während Herr D. unter einer einzelnen – mittelschweren – depressiven Episode leidet, ist Frau E. bereits seit Jahrzehnten an einer rezidivierenden depressiven Störung erkrankt. Die genaue Betrachtung des individuellen Kontexts einer depressiven Episode (Ersterkrankung, rezidivierender Verlauf, chronisch/persistierender Verlauf) ist von großer Bedeutung, da sich die therapeutischen Empfehlungen (vgl. Kap. 3) stark daran orientieren.

Fallbeispiel 1

Herr D. ist 20 Jahre alt und zieht nach seinem Abitur und einem Jahr Bundesfreiwilligendienst, den er im Kreiskrankenhaus seiner Heimatstadt im ländlichen Rheinland-Pfalz abgeleistet hat, zum Jura-Studium nach Frankfurt. Seine Kindheit und Jugend hat Herr D. im Hinblick auf psychische Störungen unauffällig erlebt, er sei nur schon immer »etwas schüchtern« gewesen und hätte außer den lang-

jährigen Freunden, die er aus dem Schützenverein kenne, im Laufe seiner Jugend kaum neue Bekannte oder Freunde dazugewonnen. Der Umzug nach Frankfurt sei ihm schwer gefallen – wegen der angespannten Wohnraumlage habe er nur eine kleine Wohnung in einer 10 Kilometer entfernten Kleinstadt bekommen, sodass er seit Semesterbeginn an die Uni pendle. Bereits wenige Wochen nach Beginn seines ersten Studiensemesters habe er eine deutliche Verschlechterung seines Zustands bemerkt: Er habe nachts kaum noch einschlafen können und habe viel darüber nachgedacht, dass er vielleicht gar nicht »das Zeug zum Studieren« habe. Die Kommilitonen seien ihm viel kompetenter als er selbst vorgekommen, die Vorlesungen und auch die empfohlene Literatur hätten ihn zunehmend überfordert, er habe sich »fremd« und »nicht dazugehörig« empfunden. In den zurückliegenden Wochen sei er deshalb zunehmend seltener an die Uni gegangen, er habe viel am Computer gespielt und »sich eingegipelt« – Telefonate mit seiner Familie und »alten Freunden« habe er, so gut es ging, vermieden aus Angst, dass diese von seinem »Versagen« erfahren würden. Mit dieser Symptomatik stellt er sich in der Verhaltenstherapie-Ambulanz des psychologischen Instituts vor, nachdem die studentische Beratungsstelle den Verdacht einer Depression geäußert und eine ambulante psychotherapeutische Behandlung empfohlen habe.

Wie in Fallbeispiel 1 exemplarisch veranschaulicht, treten depressive Episoden häufig als Reaktion auf kritische Lebensereignisse wie Wohnortwechsel, Trennung etc. auf. Dabei liegen oft auch Vulnerabilitätsfaktoren vor (z. B. depressive Erkrankungen in der Familie, andere psychische Störungen), welche die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Episode erhöhen.

Fallbeispiel 2

Frau E., 54 Jahre, begibt sich auf Anraten ihres ambulanten Psychiaters in stationäre Behandlung in der psychiatrischen Abteilung ihres Kreiskrankenhauses. Der Grund für die Aufnahme liegt in ausgeprägten Suizidgedanken, die Frau E. im Laufe der zurückliegenden Tage erlebt habe. Bereits seit ca. zwei Wochen habe sie eine (erneute) Verschlechterung ihrer Stimmung bemerkt, sie sei kaum noch aus dem Haus gegangen und habe die meiste Zeit im Bett oder auf dem Sofa gelegen. Sie habe kaum noch etwas gegessen, habe nachts nicht schlafen können und habe fast durchgängig gegrübelt – schließlich sei ihr der Gedanke gekommen, dass es so nicht weitergehen könne und sie ihrem Leben ein Ende setzen müsse. Allerdings habe sie dann doch zu viel Angst gehabt, einen Suizidversuch verletzt zu überleben, und habe ihren Psychiater aufgesucht. Frau E. berichtet, seit ihrem 15. Lebensjahr wiederholt unter vergleichbaren depressiven Episoden gelitten zu haben. Die erste Episode habe sie mit 15 Jahren erlebt, als sie sich in der Schule überfordert gefühlt habe, damals sei sie aber nicht zum Arzt gegangen. Die erste Klinikaufnahme sei im Alter von 21 Jahren erfolgt, nachdem ihre Mutter sich (ebenfalls im Rahmen einer